

Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité chez l'enfant

la place du médecin de famille dans l'évaluation initiale et le diagnostic

par Jean Grégoire

Jérôme est amené à votre cabinet par sa mère. Après avoir bouleversé la salle d'attente (il a même perturbé les confidences du patient précédent), il pénètre dans le bureau : il a l'air d'un ange !

Sa mère, excédée, s'écrie : « Il faut faire quelque chose, sinon il ne pourra pas retourner à l'école... ». C'est à la suite d'un ultimatum de l'école qu'elle s'est décidée à consulter, réalisant qu'il se dirige vers un autre échec.

LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION avec ou sans hyperactivité (TDAH) est, comme on l'a vu précédemment, un problème pour lequel les jeunes enfants sont fréquemment amenés en consultation. Les parents consultent leur médecin de famille ou leur pédiatre, selon leurs habitudes de consultation ou les disponibilités locales. Bien que le TDAH soit un problème complexe aux ramifications variées, le rôle du médecin de famille est central dans la prise en charge : c'est peut-être le premier intervenant interpellé par les parents, ou le prescripteur du médicament, ou encore celui qui suivra l'enfant et sa famille sur une longue période de temps.

La complexité de cette entité morbide, ses répercussions familiales et sociales, ses fréquentes maladies associées et les difficultés potentielles à plus long terme exigent du médecin de famille qu'il élabore une approche organisée permettant de définir la problématique, d'établir un diagnostic, de proposer un plan d'intervention et de traitement tout en respectant son propre niveau de compétence.

À cet égard, le médecin de famille peut définir sa place à plusieurs niveaux, selon le degré de responsabilité qu'il désire assumer en fonction de son organisation professionnelle dans un contexte qui touche plusieurs milieux d'intervention. Il peut choisir de restreindre son intervention

à la première ligne et de confier l'enfant à un milieu de soins plus spécialisé. Même alors, on est en droit de s'attendre à une évaluation minimale de sa part. Cette évaluation fait partie d'un processus continu et global : elle doit être bien organisée. S'il choisit d'orienter l'enfant vers un milieu spécialisé, le médecin devrait idéalement préparer un dossier d'orientation contenant les éléments suivants :

- Tableau clinique ;
- Démarche diagnostique effectuée (anamnèse, examens, épreuves de laboratoire) ;
- Évaluation objective, si elle est disponible ;
- Observations des parents et des enseignants.

À défaut, on peut utiliser le tableau synthèse présenté dans les lignes directrices du Collège des médecins du Québec¹.

L'orientation du patient vers un service spécialisé, malheureusement, a ses limites... Ce n'est pas toujours une stratégie rentable, en ce sens que le temps d'attente dans ces milieux de soins et les retards qui en découlent peuvent entraîner des difficultés additionnelles en matière de rendement scolaire, sans mentionner la rupture de la continuité des soins et la perte de crédibilité découlant d'une évaluation initiale bâclée.

D'un autre côté, le médecin peut choisir de s'investir plus à fond. Il devra établir des contacts privilégiés avec le milieu scolaire, avec les consultants et, le cas échéant, avec

Le Dr Jean Grégoire, omnipraticien, exerce au Centre hospitalier Beauce-Échemin, à Saint-Georges de Beauce.

Résumé des critères diagnostiques du TDAH

Critères diagnostiques selon le *DSM-IV*

● Six des neuf critères suivants doivent être présents dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

Forme inattentive

-
- Néglige de porter attention aux détails.
- A de la difficulté à rester attentif au jeu ou au travail.
- N'écoute pas quand on lui parle.
- Ne termine pas un travail ou néglige d'écouter toutes les instructions.
- A de la difficulté à organiser son travail ou ses jeux.
- Affirme détester certaines activités qui demandent un effort soutenu.
- Perd les objets nécessaires à ses activités.
- Est facilement distrait.
- Oublie des choses du quotidien.

Forme hyperactive

-
- Remue constamment.
- Quitte son siège de manière inappropriée.
- Court ou grimpe quand ce n'est pas le temps.
- Est incapable de jouer sans faire de bruit.
- Semble perpétuellement en mouvement.
- Parle trop.
- Répond avant la fin de la question.
- A de la difficulté à attendre son tour.
- Interrompt les conversations ou les jeux.

- La présence de ces critères doit être confirmée dans deux milieux (maison, école...) pendant au moins six mois.
- On doit observer des répercussions importantes dans la vie quotidienne.
- Le début doit être observé ou soupçonné avant l'âge de sept ans.
- Il ne doit pas y avoir d'autres affections pouvant entraîner des troubles de comportement.

Adapté du *DSM-IV*.

l'équipe multidisciplinaire locale, puisque la prise en charge de ces enfants nécessite idéalement une approche globale.

De toute manière, le médecin de famille assure la continuité. Il demeure pour la famille le point de référence constant, de sorte que même si l'enfant est adressé à un service spécialisé, le médecin devra quand même acquérir un niveau approprié de connaissances, autant pour amorcer l'évaluation que pour participer au suivi longitudinal de l'enfant, soutenir la famille, prescrire le traitement médicamenteux...

On trouvera dans les lignes qui suivent la description d'une approche diagnostique qui permet de cerner le problème dans le contexte de la pratique au cabinet en mettant à contribution les parents et les enseignants.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'une évaluation bien structurée en première ligne, qui prend en considération la complexité et la gravité potentielle du problème, dans un contexte marqué par la controverse fortement émotionnelle entourant l'emploi des médicaments psychostimulants.

Diagnostic

L'essence du problème se manifeste par la triade suivante : agitation, impulsivité, inattention.

Le diagnostic du TDAH est bien défini, et les critères diagnostiques habituellement acceptés sont ceux du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*)².

On reconnaît qu'il peut y avoir un large spectre de manifestations (*encadré 1*), mais on doit documenter les éléments suivants :

- La présence de six parmi une possibilité de neuf symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité.
- L'existence de symptômes significatifs dans au moins deux milieux de vie (souvent la maison et l'école).
- L'observation de symptômes significatifs avant l'âge de sept ans.
- Une perturbation évidente du fonctionnement social, familial ou scolaire.

Le diagnostic différentiel du TDAH

Classe	Nom/exemple	Examen ou démarche
Troubles propres à l'enfant	Trouble de conduite Trouble de langage Maladie psychiatrique Limites cognitives	Une évaluation spécialisée peut être indiquée. Tests psychométriques, mesure du quotient intellectuel
Troubles environnementaux	Niveau socio-économique Mauvais traitements, négligence Malnutrition Médicaments (phénobarbital, carbamazépine, aminophylline) Alcool, drogues, intoxication par le plomb Insomnie Conflits familiaux	Anamnèse détaillée Hémoglobine-hématocrite (Hb-Ht), protéines Dosages spécifiques Dosages spécifiques
Troubles organiques inactifs	Asphyxie périnatale Traumatisme crânien Méningite Syndrome d'alcoolisme fœtal Syndrome de l'X fragile	Antécédents Signes morphologiques ADN
Troubles organiques actifs	Trouble de vision Trouble d'audition Allergies importantes Épilepsie, petit mal Diabète Intoxication par le plomb Anémie Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie Toute maladie chronique	Évaluation de l'acuité visuelle Audiométrie Tests d'allergie EEG Glycémie Plombémie Hb-Ht, fer, etc. Dosage de la TSH (thyrotrophine)

● L'absence d'une autre maladie comme un trouble du développement ou un trouble psychiatrique pouvant expliquer les symptômes.

On mentionne trois formes associées à cet ensemble : la forme hyperactive, la forme inattentive et la forme mixte, selon la prédominance des symptômes signalés.

Diagnostic différentiel

La triade symptomatique (inattention-agitation-impulsivité) peut être l'expression commune de plusieurs problèmes médicaux, familiaux ou environnementaux. Une grande partie de la tâche initiale du médecin consiste à « travailler » le diagnostic différentiel.

À cette fin, il peut être utile de regrouper les différentes entités diagnostiques et de les classer en grandes familles (*encadré 2*).

Nombreux sont les éléments faisant partie de l'histoire familiale et de l'évolution antérieure de l'enfant, ce qui fait qu'une partie de ce travail est facilitée pour le médecin qui a une relation longitudinale avec la famille.

Cependant, certains « *must* » sont à rappeler : exclure un trouble de vision, un trouble d'audition ; vérifier si un trouble de conduite ou de langage est présent.

Démarche diagnostique

Comme on le suppose, le diagnostic est avant tout clinique et se fonde sur la description du comportement de l'enfant. Les examens de laboratoire ou d'imagerie médicale sont rarement pertinents. Afin de faciliter le travail du médecin, nous proposons, comme l'a fait Falardeau³, une démarche en trois points :

- Établir le diagnostic ;

- Exclure la présence d'autres maladies ;
- Obtenir les informations complémentaires.

On doit se rappeler que le comportement de l'enfant au cabinet n'est pas un bon indicateur de son fonctionnement habituel. Plusieurs enfants atteints de TDAH ne montrent aucun signe d'hyperactivité dans un environnement structuré, en particulier en présence d'une figure d'autorité (le comportement dans la salle d'attente peut être plus révélateur !).

Établir le diagnostic et exclure d'autres maladies

La première étape consiste donc à préciser l'essence du problème : s'agit-il vraiment d'un problème d'hyperactivité ou de trouble de l'attention ? A-t-on remarqué d'autres problèmes de comportement ?

À cette étape, on veut avoir une idée précise de la symptomatologie de l'enfant. L'hyperactivité est habituellement le symptôme clé de cet ensemble de problèmes. C'est celui pour lequel on consulte plus facilement, mais le trouble de la forme inattentive peut passer inaperçu plus longtemps : l'enfant ne dérange pas ! Comme on le verra dans l'article portant sur le trouble de l'attention sans hyperactivité, dans ce numéro, l'enfant peut accumuler un retard scolaire important et sembler plutôt lunatique, endormi, peu intéressé. D'ailleurs, il n'est pas rare d'observer avec l'âge une certaine transformation de la symptomatologie, qui glisse de l'hyperactivité vers l'inattention vers l'âge de 9 ou 10 ans.

C'est avec l'aide des parents qu'on veut dresser le tableau en définissant les comportements à l'aide d'exemples de la vie quotidienne, en favorisant l'usage de qualificatifs descriptifs : agité, facilement dérangé, ne finit pas ce qu'il commence, frétille tout le temps, parle fort, interrompt les autres, dort peu, est impatient, colérique, fugueur, batailleur, revendicateur, lunatique, rêveur, endormi, lent...

- Y a-t-il une différence de comportement à la maison et à l'école ?
- À l'école, note-t-on une performance médiocre inex-

pliquée par son niveau intellectuel ?

● Remarque-t-on une inconstance dans les apprentissages (difficultés en mathématiques, en français...), c'est-à-dire qu'il réussit bien dans certaines matières alors qu'il est lamentable dans les autres ? A-t-il besoin d'aide en classe ? Est-il en cheminement particulier ?

● La rédaction des examens est-elle difficile en raison de l'agitation ?

● Quelles sont les conséquences à l'école, à la maison ? S'agit-il d'un problème sérieux ? La réussite scolaire est-elle précaire, compromise ?

● Quand a-t-on noté ces particularités pour la première fois ?

● En plus des difficultés d'attention, remarque-t-on des troubles de comportement, de l'agressivité, de l'opposition aux adultes ? Quel est son comportement vis-à-vis des autres, et inversement, comment ses amis se comportent-ils avec lui ?

Il importe bien entendu d'interpréter les observations en tenant compte de l'âge de l'enfant.

Enfin, la recherche des maladies associées est importante, puisque plusieurs problèmes peuvent coexister : les troubles d'opposition (de 30 à 50 % des cas), les troubles de conduite (25 %) et les troubles anxieux (25 %). Soulignons que les manifestations de ces troubles peuvent être dues à des problèmes environnementaux passagers comme des conflits familiaux ou du stress à l'école.

Une fois le problème décrit, on veut avoir une idée de l'histoire antérieure de l'enfant et dépister certains facteurs de risque en portant attention à certains détails pertinents :

● Quelle a été l'évolution de la grossesse (retard de croissance *in utero*, prématurité, consommation d'alcool, de drogues, malnutrition...), de l'accouchement (asphyxie périnatale confirmée), de la période néonatale (convulsions) ?

● Son développement psychomoteur initial a-t-il présenté des particularités ? Un retard à la marche ? Un retard de développement du langage ? Des troubles de coordination, une hypotonie prolongée ?

● Consomme-t-il des médicaments (anticonvulsivants,

L'approche du problème peut se faire en trois points : établir le diagnostic, exclure la présence d'autres maladies, et obtenir les informations complémentaires.

Le comportement de l'enfant au cabinet n'est pas un bon indicateur de son comportement en classe ou à la maison. Un grand nombre d'enfants hyperactifs ne le sont pas au cabinet du médecin.

etc.), des drogues (pour les plus vieux) ?

Une fois dessinée l'image personnelle de l'enfant, on s'intéresse à la famille :

- Un des parents a-t-il eu le même type de problème ? (Le parent peut se reconnaître dans le comportement de l'enfant, mais il se peut également qu'il ne se soit pas reconnu comme hyperactif tout en ayant développé des mécanismes d'adaptation).
- La structure familiale est-elle stable, y a-t-il des conflits ? Quelles sont les conséquences sur la famille ?
- Y a-t-il des antécédents familiaux de maladie psychiatrique ? Quelle est la situation économique de la famille ? Les éléments de l'histoire familiale sont importants, d'une part parce qu'il est reconnu que le TDAH a une composante familiale, et d'autre part parce que ce sont des indicateurs pronostiques : une famille structurée peut faciliter la prise en charge, alors qu'un environnement familial dysfonctionnel constitue une difficulté additionnelle.

Au chapitre de l'examen clinique, on aura soin de réaliser un examen complet, en s'attardant aux détails suivants : la croissance statur pondérale, l'intégrité des sens, les signes d'atopie. Il est intéressant de noter la présence de certains signes de dysmorphie (implantation des cheveux, des oreilles, faciès particulier, morphologie des doigts), bien qu'ils n'aient plus la valeur qu'on leur accordait dans le passé. On évaluera également le comportement de l'enfant, de même que son niveau de langage, son élocution et son vocabulaire.

Un examen neurologique sommaire est adéquat, puisqu'on accorde moins d'importance maintenant à la présence de signes neurologiques frustes (*soft signs*).

Le temps de l'examen clinique offre non seulement au médecin l'occasion d'apprécier le comportement de l'enfant, mais aussi la chance d'établir un premier contact direct. Il s'agit selon toute vraisemblance du premier et possiblement du seul moment que les deux protagonistes auront en tête-à-tête. Il faut en tirer le maximum pour faire comprendre à l'enfant qu'il fait partie de la solution, que l'on choisisse ou non de recourir aux médicaments. Cette entrevue est un moment dont l'importance n'est pas à minimiser, en particulier pour évaluer la perception que l'enfant a de sa situation, ses répercussions sur son estime de soi et ses éventuels objectifs de traitement.

Notre démarche étant avant tout basée sur l'anamnèse, les besoins en matière d'examens complémentaires sont minimales. Le recours à des épreuves additionnelles doit être assujéti à la présence de certains indices précités. Parmi les

examens potentiellement utiles notons l'audiométrie, la mesure de l'acuité visuelle, le bilan thyroïdien, et d'autres, plus rarement indiqués : électro-encéphalogramme, tomodynamométrie cérébrale, plombémie, caryotype, recherche du X fragile, etc.

Puisque leur objectif est de préciser la symptomatologie de l'enfant, c'est à cette étape que s'insèrent les questions destinées aux parents et aux enseignants. On doit les considérer comme des aides au diagnostic, tout comme une radiographie ou une ponction veineuse. Il ne s'agit pas d'une subtilité superflue, mais d'un exercice qui permet de bien documenter les symptômes, leur intensité, et aussi de vérifier si des éléments évocateurs de problèmes de comportement sont présents. Nous y reviendrons plus loin.

Également, c'est à l'issue de l'anamnèse et de l'examen qu'on détermine s'il est nécessaire d'obtenir d'autres paramètres : mesure du quotient intellectuel, évaluation psychologique, psychométrique, neurodéveloppementale, pédopsychiatrique, orthophonique... Nous y reviendrons.

Colliger les informations complémentaires

Comme on l'a déjà compris, on cherche à obtenir une image globale du comportement de l'enfant dans son environnement. La collaboration des parents nous a été précieuse à la première étape, elle est encore cruciale. On peut avoir eu le temps au cabinet de dresser le tableau de la situation, mais il est possible et probable que le temps ait manqué. L'utilisation de grilles de collecte de données est particulièrement rentable dans ce contexte.

De plus, les observations des enseignants sont importantes. À cet égard, on peut communiquer avec le titulaire (ou demander aux parents de le faire pour nous) afin d'obtenir ses remarques et ses observations à l'aide du même type de grille que celle qu'ont remplie les parents.

Des évaluations ont pu être entreprises en milieu scolaire par différents intervenants : psychologues, psychoéducateurs, orthopédagogues, orthophonistes, audiologistes. C'est le moment de communiquer avec eux pour obtenir leur opinion professionnelle, établir un contact positif et une base de collaboration ultérieure en vue du suivi du traitement éventuel de l'enfant.

En particulier, l'évaluation en psychologie scolaire, généralement essentielle, pourrait indiquer une discordance entre le niveau intellectuel de l'enfant et sa performance scolaire. Elle pourrait aussi indiquer une discordance de performance entre les tâches verbales et non verbales.

Une évaluation psychométrique pourrait aussi évoquer

Résumé de la démarche diagnostique au cabinet

Rencontres au cabinet	Étapes diagnostiques	Démarches suggérées
Première rencontre	Définir la problématique.	Préciser les attentes. Noter ou compléter l'histoire familiale.
Entre-temps	Faire remplir les grilles de collecte de données.	Prendre contact avec les enseignants, au besoin.
Deuxième rencontre	Établir le diagnostic. « Travailler » le diagnostic différentiel.	Compléter l'histoire de l'enfant. Réaliser l'examen clinique. Prescrire des épreuves complémentaires, au besoin.
Entre-temps	Demander les évaluations scolaires. Faire remplir les grilles de collecte de données. Obtenir les rapports des évaluations faites en milieu scolaire.	
Troisième rencontre	Faire le bilan. Proposer un plan d'intervention incluant ou non une consultation spécialisée et définir les attentes à ce sujet, le cas échéant. Assurer le suivi.	Exposer l'ensemble des démarches. Présenter le constat des intervenants.

la présence d'un trouble à saveur psychiatrique ou comportementale, ou nous orienter vers un TDAH sans hyperactivité (voir l'article qui suit sur le sujet).

Questionnaires et grilles d'évaluation

Le psychologue utilise souvent comme outil d'assistance diagnostique des tests cognitifs standardisés. Le cas du TDAH ne fait pas exception à la règle, mais aucun test standardisé pris isolément ne permet de confirmer de manière formelle le diagnostic. Une discussion en profondeur sur ce sujet dépasse le cadre de notre propos. Parmi les grilles et questionnaires, l'échelle de Conner est fréquemment employée. Cette échelle tient compte des critères du *DSM-IV* et recherche des indices de maladie associée. D'autres outils psychométriques sont également utilisés, mais leur recours est motivé par la nécessité d'objectiver d'autres paramètres.

Pour le médecin, le besoin se situe à un autre niveau : il désire un outil qui facilite la collecte, l'organisation et l'analyse des observations cliniques. Deux choix s'offrent à lui : la grille de collecte sommaire présentée dans les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues¹, qui permet de synthétiser la collecte de

données cliniques, et le questionnaire d'évaluation et de suivi de Poulin (*figure 1*). Ce dernier a l'avantage, en plus de quantifier d'une certaine façon l'éventail de symptômes du TDAH, de préciser aussi la présence de symptômes d'un trouble oppositionnel et de plusieurs symptômes d'un trouble de conduite qu'on peut observer chez un enfant ou un adolescent. Ce questionnaire peut être rempli par n'importe qui, la version du parent étant la même que la version de l'enseignant.

Stratégie au cabinet

Pour gérer efficacement son temps au cabinet, on peut considérer la démarche en quelques étapes (*encadré 3*) :

- La consultation initiale pour définir le problème, passer en revue les antécédents familiaux ainsi que l'histoire antérieure de l'enfant et faire l'examen clinique, expliquer la démarche.
- Le deuxième temps consiste à formaliser la collecte d'informations auprès de l'école et des parents, l'objectif étant d'obtenir une image complémentaire du comportement de l'enfant dans plusieurs milieux et d'établir le degré de perturbation que ce comportement entraîne dans la vie de l'enfant (pour justifier un traitement médicamenteux).

Questionnaire d'évaluation pour les enfants et adolescents présentant des difficultés d'attention, de l'agitation et des problèmes de comportement

Instructions

- Cochez ou faites un « x » dans la case selon que vous trouvez que le comportement ou l'attitude décrits s'appliquent ou non à l'enfant pour lequel vous remplissez le questionnaire.
- Cochez « ne s'applique pas » si vous trouvez que ce que l'on décrit ne se rencontre à peu près jamais chez votre enfant ou votre élève.
- Cochez « s'applique un peu » si ce que l'on décrit se rencontre parfois, mais pas souvent.
- Cochez « s'applique modérément » si ce que l'on décrit se rencontre en quantité ou en fréquence modérée.
- Cochez « s'applique beaucoup » si ce que l'on décrit se rencontre très souvent chez l'enfant.

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Année scolaire : _____

École : _____

Rempli par : _____ Parent : n Enseignant : n

Cochez « ne s'applique pas » si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou l'une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent.

	Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
1. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires ou dans d'autres activités.	n	n	n	n
2. A volé des objets d'une certaine valeur (exemple : vol à l'étalage).	n	n	n	n
3. A fugué au moins deux fois (couché à l'extérieur sans prévenir) ou pour une longue période.	n	n	n	n
4. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.	n	n	n	n
5. Contesté souvent ce que disent les adultes.	n	n	n	n
6. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.	n	n	n	n
7. Se met souvent en colère.	n	n	n	n
8. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou ses tâches domestiques.	n	n	n	n
9. Parle souvent trop.	n	n	n	n
10. Est déjà entré par effraction dans une maison, une auto, etc.	n	n	n	n
11. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.	n	n	n	n
12. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.	n	n	n	n
13. Commence souvent les bagarres.	n	n	n	n
14. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.	n	n	n	n
15. Est souvent fâché et plein de ressentiment.	n	n	n	n
16. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes.	n	n	n	n

Questionnaire d'évaluation pour les enfants et adolescents présentant des difficultés d'attention, de l'agitation et des problèmes de comportement

Cochez « ne s'applique pas » si vous trouvez que l'enfant ne présente pas les caractéristiques de l'énoncé décrit, ou l'une des autres colonnes si vous trouvez que l'énoncé s'applique un peu, modérément ou beaucoup à l'enfant ou à l'adolescent.

	Ne s'applique pas	S'applique un peu	S'applique modérément	S'applique beaucoup
17. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs.	n	n	n	n
18. Est souvent « sur la brèche » (en action) ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts (ne tient pas en place).	n	n	n	n
19. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations.	n	n	n	n
20. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.	n	n	n	n
21. A souvent du mal à attendre son tour.	n	n	n	n
22. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).	n	n	n	n
23. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres.	n	n	n	n
24. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite.	n	n	n	n
25. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.	n	n	n	n
26. Embête souvent les autres délibérément.	n	n	n	n
27. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger).	n	n	n	n
28. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.	n	n	n	n
29. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.	n	n	n	n
30. A délibérément détruit le bien d'autrui.	n	n	n	n
31. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations ou cela est inapproprié.	n	n	n	n
32. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (exemple : jouets, crayons, livres, devoirs).	n	n	n	n
33. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes.	n	n	n	n
34. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes (des choses qu'il voit ou entend).	n	n	n	n
35. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (exemple : travail scolaire).	n	n	n	n
36. A fait preuve de cruauté physique envers les animaux.	n	n	n	n

Commentaires : _____

Merci de votre collaboration !

Conçu et réalisé par le D^r Pierre Poulin, pédiatre, Centre hospitalier Beauce-Etchemin. Reproduit avec la permission de l'auteur.

Questionnaire sur le TDAH : grilles de correction

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____
 Année scolaire : _____ École : _____

Compter : 0 point pour « ne s'applique pas » ou « s'applique un peu »,
 2 points pour « s'applique modérément », et
 3 points pour « s'applique beaucoup »
 et indiquer le nombre de critères positifs.

Version de l'enseignant	Version du parent
<p>1. TDAH : type inattention Questions : 1 - 4 - 6 - 8 - 12 - 14 - 32 - 34 - 35 _____ = ___/27 Nombre de critères positifs : ___/9 Considérer comme significatif si le total est 15 ou plus (ou 6 critères sur 9)</p> <p>2. TDAH : type hyperactivité-impulsivité Questions : 9 - 11 - 17 - 18 - 21 - 22 - 25 - 28 - 31 _____ = ___/27 Nombre de critères positifs : ___/9 Considérer comme significatif si le total est 15 ou plus (ou 6 critères sur 9)</p> <p>3. Trouble oppositionnel avec défiance Questions : 5 - 7 - 15 - 16 - 23 - 24 - 26 - 27 _____ = ___/24 Nombre de critères positifs : ___/8 Considérer comme significatif si le total est 12 ou plus (ou 4 critères sur 8)</p> <p>4. Trouble des conduites Questions : 2 - 3 - 10 - 13 - 19 - 20 - 29 - 30 - 33 - 36 _____ = ___/30 Nombre de critères positifs : ___/10 Considérer comme significatif si le total est 9 ou plus (ou 3 critères sur 10)</p>	<p>1. TDAH : type inattention Questions : 1 - 4 - 6 - 8 - 12 - 14 - 32 - 34 - 35 _____ = ___/27 Nombre de critères positifs : ___/9 Considérer comme significatif si le total est 15 ou plus (ou 6 critères sur 9)</p> <p>2. TDAH : type hyperactivité-impulsivité Questions : 9 - 11 - 17 - 18 - 21 - 22 - 25 - 28 - 31 _____ = ___/27 Nombre de critères positifs : ___/9 Considérer comme significatif si le total est 15 ou plus (ou 6 critères sur 9)</p> <p>3. Trouble oppositionnel avec défiance Questions : 5 - 7 - 15 - 16 - 23 - 24 - 26 - 27 _____ = ___/24 Nombre de critères positifs : ___/8 Considérer comme significatif si le total est 12 ou plus (ou 4 critères sur 8)</p> <p>4. Trouble des conduites Questions : 2 - 3 - 10 - 13 - 19 - 20 - 29 - 30 - 33 - 36 _____ = ___/30 Nombre de critères positifs : ___/10 Considérer comme significatif si le total est 9 ou plus (ou 3 critères sur 10)</p>

Conçu et réalisé par le D^r Pierre Poulin, pédiatre, Centre hospitalier Beauce-Etchemin. Reproduit avec la permission de l'auteur.

Formation continue

Le troisième temps se fait avec les parents et consiste à faire le point, à résumer les informations recueillies, à expliquer le diagnostic et à préciser le plan de traitement.

Cette tâche complexe est loin d'être impossible, pour peu que le médecin soit capable de ménager dans son horaire chargé des périodes de temps adéquates.

Première rencontre

La première consultation pour un problème de TDAH peut être difficile. Le niveau de stress ou d'anxiété du parent, tout comme ses préjugés face au problème (ou au

médicament), font que la première entrevue peut se dérouler dans un climat tendu ne facilitant pas une bonne première évaluation objective. C'est pourquoi il peut être préférable d'explorer des éléments circonstanciels : comprendre les besoins exprimés par les parents, comprendre le contexte social, scolaire et familial, quitte à retarder le début de l'évaluation à la prochaine rencontre. Les points à explorer sont, par exemple : l'attitude des parents vis-à-vis des médicaments, le contexte scolaire entourant la consultation. Quelle est la réaction des parents à ce sujet ? Qui a suggéré la consultation ? Quelles sont les attentes des

parents et du milieu scolaire? Quelles sont les démarches effectuées jusqu'à ce jour?

Ensuite, il est pertinent de présenter la démarche diagnostique aux parents et d'obtenir leur collaboration pour la collecte d'informations.

Au cours de la première rencontre au cabinet, l'examen initial de l'enfant peut être fait, mais il peut être reporté à la deuxième rencontre.

Deuxième rencontre

À cette étape, le médecin veut rassembler les informations complémentaires pertinentes. On demande aux parents de passer en revue leurs observations à l'aide d'un questionnaire ou on révise le contenu du questionnaire avec eux, puisque tous les parents ne sont pas nécessairement à l'aise avec l'écrit.

Il n'est pas rare que des démarches évaluatives aient déjà été entreprises en milieu scolaire. Si tel est le cas, une discussion avec les professionnels qui y ont participé est particulièrement utile.

Si l'examen clinique de l'enfant n'a pas été fait à la première rencontre, il est maintenant temps de le faire.

Au besoin, on aura demandé des examens paracliniques, mais ceux-ci ne sont habituellement pas nécessaires.

Troisième rencontre

C'est le moment de faire le point, de présenter le diagnostic et de proposer un plan d'intervention.

Conclure l'évaluation, proposer un plan d'intervention peut exiger temps et patience. Ce n'est que le début d'une longue relation. Il s'agit d'un problème chronique, dont la prise en charge exige une collaboration multidisciplinaire. Revenir sur les attentes des parents exprimées à la première rencontre, réviser la démarche d'évaluation sont des stratégies qui permettent d'établir une base de dialogue avec les parents, tout comme se centrer sur les besoins et le bien-

La première consultation pour un problème de TDAH peut être difficile. Le niveau de stress ou d'anxiété du parent, tout comme ses préjugés face au problème (ou face au médicament), font que la première entrevue peut se dérouler dans un climat tendu ne facilitant pas une bonne première évaluation objective.

R E P È R E

S U M M A R Y

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the family physician's role. Family physicians play an essential role in the early management of ADHD as well as in the long-term follow-up. The approach to be adopted in the office takes into consideration the comprehensive nature of the evaluation process. The approach described underlines the importance of establishing an efficient relationship with the child's environment (family and school) in order to obtain the necessary information.

Key words: attention deficit/hyperactivity disorder.

être de l'enfant. Comme ce bilan jette les fondements de la communication efficace sur laquelle repose la qualité du suivi ultérieur, il importe que l'évaluation initiale, en plus d'être satisfaisante, soit considérée comme telle tant par le milieu familial que par les partenaires professionnels.

POSER LE DIAGNOSTIC n'est somme toute que la première étape d'un long processus de traitement individuel et familial auquel plusieurs intervenants participent. Ceux-ci doivent travailler en équipe pour le bénéfice de l'enfant. Le médecin de famille a un rôle important à jouer, tant aux premières étapes que par la suite. ❧

Date de réception : 4 février 2002.

Date d'acceptation : 8 avril 2002.

Mots clés : hyperactivité, trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité, trouble de l'attention.

Bibliographie

1. Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec. *Le trouble de l'attention/hyperactivité et l'usage des stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. Montréal: CMQ-OPQ, 2001 : 26 pages.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson, 1996 : 1008 pages.
3. Falardeau G. Le trouble de l'attention/hyperactivité. Première partie: l'évaluation diagnostique. *Le Clinicien* septembre 2000 : 91-103.
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* octobre 1997 ; 36 (10 Suppl).

Remerciements

L'auteur remercie le Dr Claude Desjardins, pédiatre, pour sa lecture attentive de cet article et ses commentaires constructifs.